

**Demande simplifiée de révision  
D'une décision d'Orientation d'un SESSAD Spécialisé (Niveau 2)  
Vers un SESSAD généraliste (Niveau 1)**

*Cette demande est à adresser au secrétariat du service Evaluation Médico-Sociale à l'adresse suivante [ems.enfant@isere.fr](mailto:ems.enfant@isere.fr)*

**Remarque :** Ce formulaire ne peut être utilisé que si la décision à réviser a été prise par la CDAPH de l'Isère.

<b>N° de Classothèque ou N° Individu</b>	
<b>NOM et Prénom</b>	
<b>Date de Naissance</b>	
<b>Adresse de résidence</b>	
<b>Coordonnées des représentants légaux</b>	
<b>Coordonnées du SESSAD demandant la révision</b>	
<b>Besoins de l'enfant si connus</b>	
<b>Coordonnées du SESSAD vers lequel l'utilisateur est orienté</b>	
<b>Items à cocher</b>	<input type="checkbox"/> Demande d'un autre SESSAD  <input type="checkbox"/> Avec l'appui de l'Equipe Ressource Autisme  <input type="checkbox"/> Avec l'appui du Dispositif DYS  <input type="checkbox"/> Durée de la prise en charge : (à préciser par l'établissement)

**Rappel :** les décisions d'orientation prendront effet à compter de la date de la CDAPH qui suit cette demande

Fait à .....le.....	Fait à ..... le .....
Le(s) représentant(s) légal (aux) de l'enfant	Le directeur / Chef(fe) de Service